



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA
OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”.**

Proyecto de Investigación, previa a la obtención
del título de Licenciada en enfermería.

AUTORA:

Tatiana del Rocío Mejía Muñoz.

DIRECTORA:

Lcda. Doriz Angélica Jiménez Brito.

ASESORA:

Lcda. Aydeé Narcisa Angulo Rosero

CUENCA – ECUADOR
2016



RESUMEN

Objetivo: Valorar el nivel de dependencia funcional, de los Adultos Mayores que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero.

Metodología: Los datos que fueron sujetos del análisis de proyecto de investigación fueron establecidos de las cifras que reflejo oficialmente el censo de población y vivienda del año 2015 siendo la población total de la Parroquia Octavio Cordero Palacios de 2271 habitantes de estos el segmento que corresponde al tema planteado son 121 adultos mayores que corresponden al universo.

Resultados: De acuerdo a los resultados en esta investigación se estudió a 121 adultos mayores que presentaron varios rangos de edad siendo los siguientes: de 60 a 65 años tenemos el 22%, de 65 a 70 años el 17%, 71 a 75 años el 27% y el 34% restante corresponde a una población de 76 años en adelante, donde el 52% pertenecen al sexo masculino y el 48% al sexo femenino, que fueron valorados a través de la Escala del Índice de Barthel según las Actividades Básicas de la Vida Diaria donde; el 17% de los adultos mayores resultaron muy independientes, mientras que el 59% es muy independiente, el 19% es poco dependiente, mientras que el 5% es dependiente.

Conclusión: La aplicación de la Escala Funcional Índice de Barthel, determina que el 63 % es independiente para realizar sus actividades básicas de la vida diaria sin ningún tipo de ayuda, mientras que el 15% requiere asistencia por parte de un familiar o cuidador para realizarlas respectivamente.

Palabras claves: ADULTO MAYOR, DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA, INDICE DE BARTHEL, ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.



ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of functional dependence of the Elderly Adults who attend the Octavio Cordero Parish Health Sub center.

Methodology: The data that were subject of the analysis of research project were established from the figures that officially reflected the census of population and housing of the year 2015 being the total population of the Parish Octavio Cordero Palaces of 2271 inhabitants of these the segment that corresponds to the Theme raised are 121 seniors who correspond to the universe.

Results: According to the results of this study, 121 elderly adults were studied, ranging from 60 to 65 years old, 22%, 65 to 70 years old, 17%, 71 to 75 years old. 27% and the remaining 34% correspond to a population of 76 years and over, where 52% are male and 48% female, which were assessed through the Barthel Index Scale according to the Basic The Daily Life where; 17% of older adults were very independent, while 59% were very independent, 19% were poorly dependent, and 5% were dependent.

Conclusion: The application of Barthel Index Functional Scale, determines that 63% is independent to perform their basic activities of daily living without any help, while 15% requires assistance from a relative or caregiver to perform them respectively.

Keywords: ELDERLY, DEPENDENCE, INDEPENDENCE, BARTHEL INDEX, BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING.



ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1 INTRODUCCIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2 JUSTIFICACIÓN	15
3 FUNDAMENTO TEÓRICO	17
3.1 CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR	17
3.2 VENTAJAS DE LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	20
3.3 RESULTADOS DE UNA ADECUADA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL.....	22
3.4 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	23
4 OBJETIVOS	25
5 DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	28
7 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
RECURSOS	30
9 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	31
9.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	31
9.2 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	37
10 DISCUSIÓN	43
11 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
12 BIBLIOGRAFÍA	46
13 ANEXOS.....	50



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad.....	31
Tabla 2 Sexo	32
Tabla 3 Estado Civil	32
Tabla 4 Nivel de Instrucción	33
Tabla 5 Ocupación	33
Tabla 6 Familiar con quien vive.....	34
Tabla 7 índice de Barthel	35
Tabla 8 Comer	37
Tabla 9 Trasladarse entre la silla y la cama	37
Tabla 10 Aseo Personal	38
Tabla 11 Uso del retrete.....	38
Tabla 12 Bañarse / Ducharse.....	39
Tabla 13 Movilizarse	40
Tabla 14 Subir y bajar escaleras.....	40
Tabla 15 Vestirse / Desvestirse.....	41
Tabla 16 Control de heces	41
Tabla 17 Control de orina.....	42



DERECHOS DE AUTOR

Yo, Tatiana Del Rocío Mejía Muñoz como autora del proyecto de investigación **“VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”**. Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de Octubre del 2016.

Tatiana Del Rocío Mejía Muñoz

C.I. 0105848055



Universidad de Cuenca

RESPONSABILIDAD

Yo, Tatiana Del Rocío Mejía Muñoz autora del proyecto de investigación **“VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de Octubre del 2016.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Tatiana Del Rocío Mejía Muñoz", written over a horizontal line.

Tatiana Del Rocío Mejía Muñoz

C.I. 0105848055



DEDICATORIA:

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por haberme dado la vida, y la familia que tengo; Dedico especialmente a mis padres quienes me han enseñado a ser valiente, a no decaer ante las adversidades, a ser humilde con mis triunfos, por darme la educación que tengo, por que sin duda alguna ellos son el motor que impulsa cada proyecto que pueda tener en mi vida.

A mi madre; con mucho amor y cariño le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto en este proyecto, por la ayuda y el apoyo, ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en situaciones tormentosas siempre fuiste muy motivadora y esperanzadora, me decías que lo lograría perfectamente. Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso.

También a las personas que me rodean y a quienes dedico de igual forma este logro, ya que sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible.



AGRADECIMIENTO

Como prioridad en mi vida agradezco a Dios por su infinita bondad, y por haber estado conmigo en los momentos que más lo necesitaba, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre va a estar conmigo y nos pone en el camino personas como la Lcda. Doriz Jiménez Brito. Quien siempre confió en mi proyecto, agradezco a mi familia que son el pilar de mi fortaleza., a mis hermanos que siempre están ahí para apoyarme y no dejarme decaer ante cualquier cantidad de dificultades que se me presentaron en este proyecto, que sin todos ellos y sin la fuerza de Dios no hubiese podido culminarlo.



INTRODUCCIÓN

El impacto del envejecimiento de la población tendrá mayor relevancia en los países en vías de desarrollo, donde en los próximos años el proceso será más acelerado que el que se registre en los países industrializados (desarrollados). Para América Latina y el Caribe, la Organización de Naciones Unidas (ONU) expresa que entre los años 2000 y 2030 la población urbana aumentará de 394 millones a 609 millones, experimentándose un envejecimiento sustancial de su estructura por edades, donde la población de 60 años y más, habrá superado un promedio de 8 % a 14 %. (1)

Cualquier intento de planificación, estudio o clasificación sobre las personas con discapacidad con problemas de dependencia o no debe estar sustentada en una clara definición de los conceptos implicados, de la clasificación de los mismos, y en una escala para cuantificar la gravedad del problema. A pesar de lo lógico de las premisas del párrafo introductorio, y en contra de lo que pueda parecer, a la hora de realizar un estudio, sobre los diversos métodos de valoración y graduación de la dependencia encontraremos múltiples complicaciones, al momento de identificar dichas premisas.

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia, en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, médica, económica, asistencial, entre otras, esto ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio. Esta pluridisciplinaridad ha aportado y lo sigue haciendo una importante, e inagotable, fuente de datos, definiciones, escalas etc. que profundizan y enriquecen su estudio. Pero también ha sido, frecuentemente, fuente de confusión, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, definiciones, escalas de valoración y métodos de clasificación.

Desde la rehabilitación, se incide fundamentalmente en los aspectos motóricos funcionales derivados de problemas neuromusculoesqueléticos; como la geriatría,



en aspectos fisiológico-cognitivos y asistenciales derivados de senectud y la demencia; desde la medicina de familia y cuidados paliativos, en el control de los síntomas y calidad de vida; desde la valoración de la discapacidad y la medicina evaluadora, para la consecución de indemnizaciones, prestaciones y acceso a servicios; desde la psicología, en aspectos del desarrollo y socialización de los apoyos requeridos; desde el trabajo social, en los aspectos domésticos, del entorno y apoyo a los cuidadores; desde los prestadores de servicios, en las cargas de trabajo.

La valoración gerontológica, consiste en el “proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales” que puede presentar una persona mayor y a su vez crearle dependencia. (2)

El fin de la valoración es poner en claro las dificultades que presenta una persona para su desenvolvimiento cotidiano, registrar los recursos de atención disponibles y poner en marcha un plan adecuado de atención y cuidados.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La independencia funcional se ha definido como “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”. (3)

Según ese mismo organismo, la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, si bien es cierto que su incidencia aumenta con la edad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.” (3)

Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.

El aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas a medida que la población envejece, tiende a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas, por tal razón, es imprescindible propiciar acciones encaminadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas mediante la adopción de estilos de vida saludable.

En este proceso de internación en una institución geriátrica, el sentimiento de inutilidad se acrecienta en las personas mayores debido a los prejuicios propios del individuo y de quienes le rodean, restringiendo las condiciones que permiten



mantener y/o mejorar su estado funcional para las actividades de la vida diaria así como las que permiten la convivencia en la sociedad.

En el año 2000 había más de 33 millones de personas de 65 años o más no institucionalizadas en los Estados Unidos de América, de ellas 28,8% informó vivir con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de sí sin ayuda. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España correspondiente al año 2001, 36,2% de las personas de 65 años o más necesitaba ayuda de otra persona: 19,2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17,0% la necesitaba también para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (4).

Las actividades de la vida diaria (AVD): Son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad.

Varían entre las actividades que son más fundamentales para la supervivencia como la alimentación, hasta algunas tareas más complejas del autocuidado personal e independencia vital, como hacer la compra, cocinar o usar el teléfono. Así mismo todas las actividades relacionadas con el ocio, el tiempo libre y el esparcimiento, y aquellas relacionadas con el ámbito laboral.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Están ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas de cada individuo, estas se realizan cotidianamente y de forma automática, entre de ABVD se incluyen: alimentación, aseo, baño, control de esfínteres, vestido, movilidad personal, sueño y descanso

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Poseen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio más inmediato, dentro de las AIVD están: utilizar distintos sistemas de comunicación (escribir, hablar por teléfono), movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero (compras), establecimiento y cuidado del hogar, uso de procedimientos de seguridad respuesta ante emergencias.



En Ecuador, la encuesta sociodemográfica sobre el envejecimiento, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en 2010, reflejó que 7,1% de los adultos mayores tienen necesidad de ayuda para realizar al menos una de las ABVD y, consecuentemente, dependen de una segunda persona para subsistir, mientras que 18,0% necesitan ayuda para realizar AIVD. Con el aumento del número de adultos mayores habrá también un incremento de las necesidades de salud de este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. (5)

Su importancia está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (como la disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido), las de carácter familiar (como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud. Ante este panorama, resulta necesario identificar los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores para realizar ABVD. (5)



JUSTIFICACIÓN

La presente investigación está orientada a valorar los niveles de dependencia física de los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud Octavio Cordero.

El proceso de envejecimiento del ser humano se plantea con respecto a diversas características que han rodeado la vida de una persona; tales como los antecedentes genéticos, estilo de vida, actitudes personales, hábitos, entorno social y a una serie de factores internos y externos; que determinan el patrón de envejecimiento de cada persona al envejecer y donde se constituyen numerosas definiciones ante este proceso, en las cuales se menciona el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible y progresiva en los organismos vivos.

La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, es para los profesionales de Atención Primaria, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permita planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación, y monitorizar la evolución clínica de los adultos mayores dependientes.

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción de la ejecución motora, la lentitud de los reflejos y el descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan incoordinación y torpeza motriz. A partir de la aplicación del índice de Barthel se puede describir el nivel de funcionalidad física del adulto mayor, teniendo en cuenta como factor agravante del envejecimiento, la dependencia funcional y la incapacidad de realizar funciones de tipo cotidiano como vestirse, comer con eficiencia, pararse y sentarse en muebles, caminar con firmeza y seguridad, sostener objetos, entre otros; lo que conlleva a que nuestros adultos mayores se conviertan en una carga para quien se encuentra en su entorno, principalmente la familia.

Con respecto a la Escala de Barthel surge la importancia de llevar a cabo una valoración del nivel de dependencia física en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), de los adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero a través de la aplicación del instrumento de valoración Índice de



Barthel, con la valoración se pretende que el equipo interdisciplinario de trabajo, a corto plazo, tome como punto de partida los resultados obtenidos y las recomendaciones realizadas en la investigación y a largo plazo, oriente sus acciones hacia el mejoramiento de la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas, establecimiento de objetivos de trabajo, conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución, observar cambios en el transcurso del tiempo y asegurar una utilización apropiada de los servicios.



FUNDAMENTO TEÓRICO

1.2 CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento es un proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de vida. El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, produciendo cambios en la homeostasis y en la reserva, aumentando la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y degenerativas. (5)

Entre las definiciones de fragilidad se encuentra la de Buchner que la considera el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad. Por su parte Brocklehurst defiende la idea de que se trata de un equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte. (5)

Campbell y Buchner la entendieron como sinónimo de inestabilidad, de mayor probabilidad o riesgo de cambiar de estatus, de caer en dependencia o de incrementar la pre-existente, mientras que Fried LP considera a los adultos mayores frágiles como un subgrupo de alto riesgo, susceptible de un control socio sanitario riguroso sobre los que instaurar políticas curativas y preventivas específicas. (5)

Una definición de Batzán JJ y otros plantea que: La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos (individuales) y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales.(5)

Por su parte, Brown y otros definieron la fragilidad como la disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria.



Otras definiciones se refieren a la demanda excesiva sobre capacidad reducida en el balance precario fácilmente perturbable, estado que coloca a la persona en riesgo de sufrir eventos adversos a su salud. (6)

En las primeras etapas del ciclo vital, las enfermedades se manifiestan a través de una semiología clásica y definida, en el adulto mayor la expresión de las enfermedades suele ser más florida y los síntomas se modifican por ejemplo: aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios entre otros. Lo que en realidad marca la diferencia es saber si esta enfermedad u otra condición física, ha llevado al compromiso del estado de salud funcional. De aquí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor. (7)

Las Naciones Unidas consideran adulto mayor a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005). La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, y la percepción. (8)

La vulnerabilidad del adulto mayor ha sido uno de los problemas de salud de gran impacto familiar y social, Gómez Montes, Curcio Borrero y Gómez Gómez, plantean que: La Capacidad Funcional tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista de actividad física y es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obtenido después de un programa sistemático de entrenamiento físico; denominado potencial fisiológico máximo. Sin embargo, la capacidad funcional en Geriatria se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades básicas sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles social en la vida cotidiana, dentro de un amplio rango de complejidad. Por lo tanto está estrechamente ligada al concepto de autonomía,



definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, la forma individual de conducta dentro de una estructura particular, que tal como fue mencionado anteriormente, está determinada por factores económicos, culturales, costumbres regionales, educación y experiencias anteriores en la vida. (9)

Esto lleva a buscar otras alternativas, que permitan establecer las consecuencias del envejecimiento o de la enfermedad, sobre la cantidad de capacidad funcional existente en un momento determinado, logrando así estimar el grado de deterioro originado por la evolución natural de una enfermedad. Una secuencia más próxima al problema funcional relacionado con la enfermedad es: Enfermedad o Desorden, Deficiencia Discapacidad – Minusvalía. (10)

- **Deficiencia.** Es cualquier pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad.** Es cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del rango considerado normal para una persona. La discapacidad hace referencia a la alteración del funcionamiento en el entorno inmediato.
- **Minusvalía.** Es una desventaja social del individuo, que resulta de una deficiencia o una discapacidad y limita la ejecución de los roles normales para esa persona, de acuerdo con su edad, sexo y condiciones sociales y culturales. Así pues, las minusvalías reflejan alteración de la interacción y adaptación del individuo al entorno.

La mayor utilidad de la evaluación de la capacidad funcional, es la valoración de los elementos con que cuenta un adulto, para enfrentar las situaciones de estrés de la vida diaria y determinar cuanta vulnerabilidad existe en las áreas física, mental, social y funcional. Además, ayuda a formular criterios acerca de cómo emplear



correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan estas tareas y la necesidad de atención tanto a corto como a largo plazo.

Existen condiciones o situaciones que tienden a generar la pérdida de la autonomía y son conocidas como factores de riesgo. La detección y análisis de estos factores, lleva a emprender acciones en salud de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de la enfermedades, especialmente las crónicas, cuyas discapacidades y minusvalías representan muy altos costos para las entidades encargadas de suministrar atención en salud a los adultos mayores (10)

1.3 VENTAJAS DE LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- Permite realizar una integración global de las áreas física, mental, social y funcional, al evaluar la forma de vida de cada adulto mayor.
- Facilita un enfoque diagnóstico integral, ya que por lo general la sumatoria de enfermedades presentes, deterioran en diverso grado la capacidad funcional, sin definir la participación precisa de cada una de ellas.
- Evalúa las consecuencias de una enfermedad en forma individual. La evolución natural de las enfermedades, especialmente de las degenerativas, es un proceso particular de cada paciente, dentro de un rango posible establecido.
- Estima la cantidad de independencia y autonomía existente en el momento de la evaluación.
- Racionaliza los esfuerzos terapéuticos del equipo de salud, al individualizar el régimen de tratamiento.
- Permite realizar una sistematización de la evaluación del adulto mayor, que determina niveles de capacidad funcional y necesidades de atención en salud, y a la vez, establecer un cuerpo de información acerca de las condiciones de la población en general.
- Permite la selección del modelo de atención en salud más adecuado al problema actual del adulto mayor, especialmente si se requiere institucionalización para cuidado a largo plazo. (11)



Factores que determinan la capacidad funcional. Existen varios factores que deben tenerse en cuenta al momento, de la evaluación:

- **Presencia de enfermedad.** El promedio de condiciones crónicas por adulto mayor en la comunidad es de 3, siendo las de mayor prevalencia: osteoartritis, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades del corazón y diabetes mellitus.
- Es importante precisar el tiempo de evolución de la enfermedad (aguda: menor de 3 semanas, subaguda: entre 3 semanas y 3 meses y crónica: mayor de 3 meses) y si ha generado o no, y en qué medida, alteración de la capacidad funcional, ya que todas las enfermedades, agudas, subagudas o crónicas, en mayor o menor medida en el transcurso de su evolución natural, van a generar problemas en la capacidad funcional.
- **Deterioro físico.** La disminución de la masa magra corporal y la inmovilidad, son los principales factores involucrados en el deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor.
- **Deterioro sensorial.** Alrededor de la mitad de la población mayor de 60 años tiene problemas de visión, generalmente debido a la presbicia (engrosamiento paulatino del cristalino).
- **Estado mental.** El tiempo de reacción se lentifica cerca del 20% entre los 20 y los 60 años, especialmente en actividades que requieren ejecución motora, lo que lleva a un mayor riesgo de inmovilidad, y ésta a su vez identifica el tiempo de reacción, lo cual genera un círculo vicioso con el consabido deterioro de la capacidad funcional.
- **Hábitos y estilo de vida.** El concepto de estilo de vida como una expresión de la forma de vida, corresponde a las estrategias usadas por un individuo, para hacer uso de los recursos y posibilidades generados por el entorno social.
- **Uso del tiempo libre.** El uso del tiempo libre hace referencia a las actividades realizadas por fuera de la jornada laboral o del tiempo de actividades cotidianas, está estrechamente relacionado con los factores que condicionan el estilo de vida, por lo cual una evaluación de cómo se



utiliza ese tiempo libre, permite estimar el grado y calidad de la satisfacción con la vida.

- **Motivación.** La motivación es el impulso para realizar una acción o actividad y determina la calidad de la participación en actividades.
- **Expectativas presentes.** Las expectativas se refieren a lo esperado por un individuo en una situación determinada, contrario a lo que se piensa, al envejecer se aumenta y modifican las situaciones que generan expectativas, se hacen muchas preguntas respecto a las condiciones de salud, económicas, emocionales y funcionales, que rodean al adulto mayor, las posibles respuestas que el adulto mayor se da a sí mismo, determinan la presencia o ausencia de “motivos de vida” y la cantidad y calidad de sus actividades de la vida diaria.
- **Roles sociales.** El ser elemento constitutivo de una comunidad y participar activamente en ella, implica acogerse a las normas de funcionamiento social del grupo al cual pertenece.
- **Medio ambiente y condiciones de vida.** La ejecución de las actividades de la vida diaria se da en un entorno, de un lado se hallan las posibilidades que ofrece el medio ambiente en que se vive, para realizar determinadas actividades, de otro, están las estrategias que se utilizan para modificar el medio ambiente de acuerdo a la capacidad funcional presente.
- **Ocupación.** La ocupación se define como el conjunto de actividades de trabajo, juego, autocuidado y esparcimiento. (12)

1.4 RESULTADOS DE UNA ADECUADA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Disminuir la cantidad de medicamentos prescritos.
- Mantener y aumentar el estado funcional.
- Mejorar el afecto y el estado cognoscitivo.
- Racionalizar la utilización de los servicios de salud disponibles.
- Disminuir hospitalizaciones agudas.
- Reducir los costos de atención en salud.



- Valorar programas para detectar deficiencias en la atención.
- Analizar y estimar costos, beneficios y eficacia de las intervenciones realizadas.
- Intensificar la comunicación entre los miembros del equipo.
- Evitar la institucionalización temprana.
- Prolongar la sobrevida. (12)

1.5 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

Un adulto mayor dependiente es aquel que está condicionado por alguna pérdida o disminución de sus capacidades funcionales para el desenvolvimiento de una o varias actividades básicas o instrumentales de la vida diaria que antes de esa pérdida o deterioro podían realizar con normalidad. Por lo tanto una persona dependiente es aquella que no puede hacer sin ayuda determinada actividades de la vida diaria de las consideradas esenciales para auto cuidarse, o para el desenvolvimiento normal de su vida diaria. (13)

Cuando se habla de Dependencia, es importante referirla al concepto de Capacidad Funcional, es decir, si la persona carece o ha perdido la aptitud para la realización de alguna o algunas actividades de la vida diaria (AVD), pues, obviamente, existen otros tipos de dependencia psicosocial. Para facilitar la evaluación de la capacidad funcional, el uso práctico de los resultados y las implicaciones de los cambios a nivel individual, se han definido tres niveles de funcionamiento en las actividades de la vida diaria, que constituyen la expresión cotidiana de la capacidad funcional. (13)

Las actividades básicas de la vida diaria: son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de cuidado de uno mismo (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al baño, poder quedarse solo en la noche, comer etc.) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).



La Escala de Barthel valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente las actividades básicas de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria incluidas en el índice original son: comer, trasladarse de la silla a la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/ desvestirse, control de esfínteres. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de 5 puntos en función del tiempo empleado para su realización y necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua es decir el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Al principio se evaluó mediante la observación directa, hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar. Es fácil de aprender e interpretar con un tiempo medio requerido para su realización de cinco minutos.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar el nivel de dependencia física en los adultos mayores, que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero, a través de la aplicación de la escala de valoración funcional Índice de Barthel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, tipo de jubilación, con quien reside.
- Determinar el grado de dependencia e independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) del adulto mayor.



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

La investigación que se realizó fue de tipo descriptivo, ya que se pudo determinar la valoración del nivel de dependencia física de los adultos mayores que asistieron al Subcentro de salud de la parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016.

ÁREA DE ESTUDIO

Subcentro de salud Octavio cordero palacios ubicado en su parroquia homónima de la cual podemos detallar lo siguiente:

Está ubicada al norte de la Provincia del Azuay, a 18 km de la ciudad de Cuenca. Limitada al Noreste con el cantón Deleg (Provincia del Cañar). Al Sur con la Parroquia Sidcay y al Este por la Parroquia de Checa.

El subcentro de salud de Octavio Cordero Palacios, se encuentra ubicado en el centro de la comunidad Santa Rosa, en la carretera principal frente a la casa comunal de la parroquia, cuenta con dos médicos, un odontólogo, una enfermera y un promotor de salud. Es una institución pública pertenece al Distrito 01, Octavio Cordero Palacios tiene un total de 2.178 habitantes de los cuales el 57% (1.246) son mujeres y 43% (932) son hombres.

Cuenta con un club de adultos mayores el mismo que está conformado por 121 usuarios.

UNIVERSO

El grupo establecido está conformado por 121 adultos mayores que acuden frecuentemente al Subcentro de salud Octavio Cordero Palacios, y que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios adultos mayores con un rango de edad de 60 años en adelante, atendidos en el Subcentro de Salud Octavio Cordero Palacios.
- Aquellos que firmaron el consentimiento informado.
- Usuarios de ambos sexos.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que no hayan respondido completamente todos los ítems del instrumento de investigación.
- Que hayan sido referidos a otras áreas de salud.
- Usuarios que a pesar de haber firmado el consentimiento informado, deciden no participar en la investigación.

VARIABLES

- **Características demográficas:** características objetivas de una población (edad, sexo, estado civil, ingresos, ocupación y educación)
- **Nivel de dependencia física:** estado o situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo.
- **Test de Barthel:** es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.



MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas e instrumentos usados en el presente proyecto son:

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Encuesta	Formulario 1, escala de valoración Índice de Barthel
Observación directa	Entrevista

PROCEDIMIENTOS

Autorización: Se solicitó el permiso de los directivos del Subcentro de Salud Octavio Cordero Palacios, así como también la autorización a cada uno de los adultos mayores que participaron en esta investigación.

Capacitación: revisión bibliográfica, revisión de historias clínicas consulta al personal de salud que labora en el Subcentro.

Supervisión: Lcda. Doriz Jiménez

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el procesamiento de la información, se utilizó el programa de office (Word y Excel), con los datos recolectados se procedió a la interpretación y análisis sobre la base del sustento teórico presentado, mediante frecuencias, porcentajes, análisis comparativos, deducciones consignando las interpretaciones correspondientes a cada uno de los conjuntos presentados. Una vez interpretados los datos, se elaboró el informe de conclusiones tomando en cuenta los objetivos de la investigación. El análisis se realizará a través de la estadística descriptiva y mediante la herramienta de software SPSS versión 21.



ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar el aspecto ético de esta investigación, se rigió la misma a las “Normas éticas para investigaciones con sujetos humanos” impuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esto permitió describir detalladamente los procedimientos que se realizaron, para proteger a las personas que participaron en el estudio.

Esta investigación, contó con el consentimiento informado por escrito, mediante el cual se garantizó que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, esto después de haber recibido y comprendido la información que se le proporciono acerca de cuáles son los objetivos de estudio, los beneficios, los posibles riesgos, sus derechos y responsabilidades; se respetaron las opiniones de las personas que no deseen participar.

No se hará públicos los nombres, fotografías, etc., de las personas que participaron en esta investigación. La información recolectada es propiedad del investigador y de los usuarios, cabe señalar, que la investigación no represento riesgo ni erogación económica para los y las participantes de la institución.



RECURSOS

Recursos Humanos:

Las personas que intervendrán en la investigación son las siguientes:

- Director de Tesis: Lcda. Doriz Jiménez.
- Asesor de Tesis: Lcda. Aydeé Angulo
- Investigadora
- Adultos mayores

Recursos Materiales:

- Esferos azul y negro
- Lápiz
- Laptop
- Impresora
- Tinta para las impresiones
- Hojas de Papel boom
- Cuaderno
- Borrador
- Formulario de recolección de datos



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó el estudio con 121 adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud Octavio Cordero de la parroquia Octavio Cordero Palacios. Cuenca.

Además se solicitó por escrito a la Dra. Ana Lucía Tenezaca Guamán Directora del S.C.S Octavio Cordero Palacios y a la Lcda. Miriam Sánchez, Enfermera Del S.C.S Octavio Cordero Palacios.

Se aplicó el test de Barthel el cual consta de 10 ítems que valoran las actividades básicas de la vida diaria, la cual determina el nivel de dependencia física de los adultos mayores.

1.6 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Características sociodemográficas

Tabla Nº 1

Porcentajes según edad de adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”,

Tabla 1 Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 – 65	27	22%
66 – 70	20	17%
71 – 75	33	27%
> 76	41	34%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis: Entre la población encuestada, se encontró que el 34% es mayor de 76 años.



Tabla Nº 2

Porcentaje según estado el sexo de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016

Tabla 2 Sexo

Sexo	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	63	52%
Femenino	58	48%
TOTAL	121	100%

Análisis:

En este grupo de adultos mayores predomina el sexo masculino con un 4%.

Tabla Nº 3

Porcentaje según estado civil de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016

Tabla 3 Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	0	0%
Casado	96	79%
Divorciado	16	13%
Viudo	9	7%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis: La tabla nos muestra que el 79% de los encuestados están casados.



Tabla Nº 4

Porcentajes según el nivel de instrucción, de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”,

Tabla 4 Nivel de Instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	83	69%
Secundaria	19	16%
Superior		0%
Ninguno	19	16%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

De esta manera, se puede evidenciar que un 16% manifestó no haber recibido ningún tipo de instrucción.

Tabla Nº 5

Porcentaje, según la ocupación de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 5 Ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agricultor	56	46%
Ganadero	28	23%
QQDD	15	12%
Jubilado	22	18%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis: La ocupación de los adultos mayores encuestados, es una de las variables que representan a largo plazo la preponderancia de los adultos hacia los niveles y la dependencia que desarrollen en la actualidad o a futuro. La gráfica nos muestra que



el 46% de los adultos encuestados desarrollan actividades del sector agrario, seguido de un 23% en ganadería.

Tabla N°6

Porcentaje, según el familiar con quien vive de adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”

Tabla 6 Familiar con quien vive

FAMILIAR CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pareja	96	79%
Hijo/a	25	21%
Solo	0	0%
Hermano	0	0%
Otros	0	0%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis: Con base en la encuesta y como se observa en la tabla, el total de los adultos mayores encuestados están acompañados en sus viviendas por otra persona, eso es un aspecto muy importante en las acciones que desarrollan los adultos en su cotidianidad. Observamos que el 79% de los adultos se encuentra acompañado, es decir que vive con su pareja sentimental. .

Utilizando la escala de índice de Barthel con los datos recopilados en el Subcentro de Salud tenemos la siguiente tabla:



Tabla Nº 7

Descripción total en porcentaje de dependencia funcional según la Escala de Barthel aplicada a 121 adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Octavio Cordero Palacios. Cuenca 2016.

RESUMEN DE ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL		
DESCRIPCIÓN	FREC.	%
0= DEPENDIENTE	4	3%
5= POCO DEPENDIENTE	19	15%
10= INDEPENDIENTE	75	63%
15= MUY INDEPENDIENTE	23	19%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis: El 3% de la población de adultos mayores son dependientes es decir no pueden realizar sus actividades básicas de la vida diaria por si solos por lo que necesariamente requieren asistencia ya sea por parte de algún familiar o cuidador mientras que también existe un 15% que se encuentra poco dependiente es decir puede realizar sus actividades básicas pero con cierto tipo de dificultad.

Tabla Nº 8

Descripción en porcentaje del nivel de dependencia funcional según la escala de Barthel aplicada a los adultos mayores, de 121 personas que acuden al Sub Centro de Salud de la parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016.

Tabla 7 índice de Barthel

ESCALA INDICE DE BARTHEL								
DESCRIPCIÓN	0= DEPENDIENTE		5= POCO DEPENDIENTE		10= INDEPENDIENTE		15= MUY INDEPENDIENTE	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
COMER	6	5%	23	19%	71	59%	21	17%
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA	4	3%	33	27%	65	54%	19	16%
ASEO PERSONAL	2	2%	19	16%	80	66%	20	17%
USO DEL RETRETE	0	0%	10	8%	90	74%	21	17%
BAÑARSE/DUCHARSE	0	0%	21	17%	67	55%	33	27%
MOVILIZARSE	0	0%	33	27%	70	58%	18	15%
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	0	0%	33	27%	77	64%	11	9%



Universidad de Cuenca

VESTIRSE / DESVESTIRSE	0	0%	3	2%	67	55%	51	42%
CONTROL DE HECES	0	0%	10	8%	89	74%	22	18%
CONTROL DE ORINA	0	0%	16	13%	81	67%	24	20%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis : según los resultados aplicados en La Escala del Índice de Barthel a 121 usuarios de la parroquia Octavio Cordero Palacios nos indican que al momento de comer un 5% se encuentra dependiente, al trasladarse entre la silla y la cama el 3% es dependiente, en cuanto al aseo personal el 2% es dependiente, al momento de hacer uso del retrete el 8% presenta cierta limitación para hacerlo, a la hora de bañarse y ducharse el 17% es poco dependiente, en cuanto a movilizarse, subir y bajar escaleras el 27% es poco dependiente es decir requieren cierta ayuda para realizarlas, al vestirse/desvestirse el 2% es poco dependiente, en el control de heces el 8% necesita ayuda, ya que resultó poco dependiente, el 13% es poco dependiente con el control de orina.



1.7 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Tabla Nº 8

Porcentaje según el nivel de dependencia al comer de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 8 Comer

COMER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	6	5%
5= POCO DEPENDIENTE	23	19%
10= INDEPENDIENTE	71	59%
15= MUY INDEPENDIENTE	21	17%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

Como primer punto evaluado en la Escala del Índice de Barthel, el 59% de los adultos se muestran independientes al momento de comer, sin embargo existe un 5% que es dependiente total por lo que es asistido a la hora de alimentarse.

Tabla Nº 9

Porcentaje según el nivel de dependencia al trasladarse entre la silla a la cama los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 9 Trasladarse entre la silla y la cama

TRASLADARSE ENTRE LA SILLA A LA CAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	4	3%
5= POCO DEPENDIENTE	33	27%
10= INDEPENDIENTE	65	54%
15= MUY INDEPENDIENTE	19	16%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:



Al momento de trasladarse entre la silla y la cama un 54% resulto independiente y un 3% que es dependiente total por lo que necesariamente necesita ayuda todo el tiempo para trasladarse.

Tabla Nº 10

Porcentaje según el nivel de dependencia según su aseo personal de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 10 Aseo Personal

ASEO PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	2	2%
5= POCO DEPENDIENTE	19	16%
10= INDEPENDIENTE	80	66%
15= MUY INDEPENDIENTE	20	17%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

En cuanto al aseo personal el 66% es independiente al momento de realizar su aseo personal y un 2% dependiente.

Tabla Nº 11

Porcentaje según el nivel de dependencia cuantos utilizan el retrete adecuadamente los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 11 Uso del retrete

USO DEL RETRETE	CANTIDAD	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	10	8%
10= INDEPENDIENTE	90	74%
15= MUY INDEPENDIENTE	21	17%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Analisis:



El 74% es independiente al momento de hacer uso del retrete, mientras que un 8% es poco dependiente por lo que necesita asistencia por parte de algun familiar o cuidador.

Tabla Nº 12

Porcentaje según el nivel de dependencia cuantos pueden bañarse/ ducharse, de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 12 Bañarse / Ducharse

BAÑARSE/DUCHARSE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	21	17%
10= INDEPENDIENTE	67	55%
15= MUY INDEPENDIENTE	33	27%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

La actividad de bañarse/ ducharse, en los adultos mayores requiere de una sucesión de acciones que en algunos casos, por la simplicidad de las mismas no se estiman como dependencias, debido a que pueden estar asociadas a otros factores de su edad, esto quiere decir que, el completo desarrollo de esta actividad por el adulto, no evidencia una característica de dependencia. El objeto de este estudio determina características asociadas a la dependencia de los adultos, la tabla nos muestra lo siguiente: el 55% de los adultos es independiente en la realización de esta actividad, seguido de un 17% como poco dependientes.



Tabla Nº 13

Porcentaje según el nivel de dependencia Se movilizan independientemente los adultos mayores de 121 personas que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 13 Movilizarse

MOVILIZARSE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	33	27%
10= INDEPENDIENTE	70	58%
15= MUY INDEPENDIENTE	18	15%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

En la deambulaci3n un 27% a la hora de movilizarse requiere alg3n tipo de ayuda por lo que result3 poco dependiente.

Tabla Nº 14

Porcentaje seg3n el nivel de dependencia al subir y bajar escaleras sin ayuda los adultos mayores, que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 14 Subir y bajar escaleras

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	33	27%
10= INDEPENDIENTE	77	64%
15= MUY INDEPENDIENTE	11	9%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:



Un 64 % resulto independiente al momento de subir y bajar escaleras y un 27 % es poco dependiente por lo que necesita ayuda.

Tabla Nº 15

Porcentaje según el nivel de dependencia que consiguen al vestirse/desvestirse solos/as los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 15 Vestirse / Desvestirse

VESTIRSE / DESVESTIRSE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	3	2%
10= INDEPENDIENTE	67	55%
15= MUY INDEPENDIENTE	51	42%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

Al momento de vestirse / desvestirse un 2% poco dependiente por lo que requiere cierto tipo de asistencia por parte de su familiar o cuidador.

Tabla Nº 16

Porcentaje según el nivel de dependencia al momento de controlar el esfínter anal los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016”.

Tabla 16 Control de heces

CONTROL DE HECES	CANTIDAD	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	10	8%
10= INDEPENDIENTE	89	74%
15= MUY INDEPENDIENTE	22	18%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:



En cuanto al control de heces un 8% que es poco dependiente lo cual nos indica que en algunas ocasiones requiere asistencia.

Tabla Nº 17

Porcentaje según el nivel de dependencia de los adultos mayores que acuden al Sub Centro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero. Cuenca 2016” al controlar el esfínter urinario.

Tabla 17 Control de orina

CONTROL DE ORINA	CANTIDAD	PORCENTAJE
0= DEPENDIENTE	0	0%
5= POCO DEPENDIENTE	16	13%
10= INDEPENDIENTE	81	67%
15= MUY INDEPENDIENTE	24	20%
TOTAL	121	100%

Fuente: (Adultos mayores)
Elaborado por: Tatiana Mejía.

Análisis:

El control de orina, es un indicador del dominio de los adultos sobre su organismo, debido a algún o algunos episodios de incontinencia (seco día y noche) o su capacidad de usar cualquier dispositivo. La gráfica nos muestra que el 67% de los adultos tienen total el control de orina, es decir que no requieren de mecanismos para su propia micción, mientras que un 13% manifiesta que son poco dependientes.



DISCUSIÓN

Esta investigación ha identificado diferentes grados de dependencia del adulto mayor. De acuerdo a la participación de 121 encuestados, se ha determinado realizar correlaciones pero no ha sido factible a la fecha comparar con otro estudio de características similares ya que estos no se han documentado; lo más cercano que se ha podido contrastar es un estudio acerca del Nivel de Dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de Barthel en usuarios de las residencias asistidas del Instituto de Neurociencias Guayaquil – Ecuador año 2015 utilizando la Escala de Barthel en la que los resultados tuvieron mayor relevancia con este estudio; donde las actividades básicas de la vida diaria por orden de dependencia, son vestirse con 51% de dependencia, seguido de baño (50%), uso del retrete (50%), subir y bajar escaleras (46%), micción (46%), defecación (46%), aseo (45%), deambulación (37%), alimentación (36%) y por último transferencia (35%). (14)

Con este estudio realizado al grupo de 121 adultos mayores que asisten con frecuencia al subcentro de salud Octavio Cordero Palacios, y aplicando la Escala del Índice de Barthel podemos indicar que existe un menor porcentaje de dependencia funcional en los adultos mayores para realizar sus actividades básicas de vida diaria donde tenemos como resultado y por orden de actividades, comer (19%), al trasladarse entre la silla y la cama el (27%), aseo personal (2%), uso del retrete el (8%), bañarse y ducharse (17%), subir y bajar escaleras (27%), al vestirse/desvestirse el (2%), control de heces (8%), control de orina (13%).

Otro estudio realizado “Entre el grado de discapacidad y nivel de independencia funcional en adultos con enfermedad cerebrovascular en Cartagena Colombia” con respecto al puntaje del índice de Barthel presenta, una dependencia mínima ya que el 12% presenta dependencia leve, el 27% se encuentra en dependencia moderada. El mayor índice de independencia se encuentra en actividades básicas cotidianas como la micción y la defecación. Con este estudio podemos relacionarlos con resultados algo comparativos donde el 3% de la población de adultos mayores son dependientes es decir no pueden realizar sus actividades básicas de la vida diaria por si solos por lo que necesariamente requieren asistencia ya sea por parte de algún



familiar o cuidador mientras que también existe un 15% que se encuentra poco dependiente es decir puede realizar sus actividades básicas pero con cierto tipo de dificultad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en esta investigación permitió aclarar interrogantes sobre la Valoración en el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores, que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Octavio Cordero, como datos sociodemográficos tuvimos la edad como un dato de mayor relevancia en este estudio ya que fue fundamental para realizar el mismo, teniendo como resultados que de los 121 adultos mayores presentaron varios rangos de edad siendo los siguientes: de 60 a 65 años tenemos el 22%, de 65 a 70 años el 17%, 71 a 75 años el 27% y el 34% restante corresponde a una población de 76 años en adelante, donde el 52% pertenecen al sexo masculino y el 48% al sexo femenino.

A través de la aplicación de la Escala de valoración Funcional Índice de Barthel, la cual determina que el 63 % es independiente para realizar sus actividades básicas de la vida diaria sin ningún tipo de ayuda, mientras que el 15% requiere asistencia ya sea por parte de un familiar o cuidador para realizarlas respectivamente.

Por ello se confirma lo establecido en literaturas revisadas en las que asocian la dependencia funcional a la edad, es decir a medida que aumenta la edad la persona va adquiriendo dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, pero con ello no significa que un adulto mayor se vuelve dependiente total ya que en este estudio realizado la mayoría de ellos permanecen activos mientras que un cierto grupo necesita ayuda para realizar las actividades básicas diarias, un gran porcentaje de adultos 46% se dedica a la agricultura, mientras que el 23% se dedica a la ganadería, un trabajo de esfuerzo que a pesar de su edad tienden a realizarlas sin ningún esfuerzo en su vida diaria.



RECOMENDACIONES

El Índice de Barthel como se ha mencionado en el desarrollo de esta investigación permite medir el grado de dependencia de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se debería prestar mucha atención a las actividades en las que los adultos mayores están perdiendo independencia y reforzarlas mediante talleres, programas, visitas domiciliarias u otra actividad que les permita a ellos practicar y realizarlas por si solos. Luego de reforzar las actividades se debería emplear esta escala cada determinado tiempo para verificar si están dando resultado y a su vez valorar si la dependencia ha ido disminuyendo o aumentando. Ya que es muy escasa la información obtenida sobre este tema en nuestro país, se debería realizar estudios semejantes debido al aumento de la población del adulto mayor en los últimos años y q va en ascenso por ello es muy importante seguir realizando estudios a nivel de las parroquias de Cuenca y poder comparar el nivel de dependencia y como está afectada en cada una de ellas, para luego poder comparar a nivel provincia.

Promover actividades Activó Saludables, para que de esta manera se pueda beneficiar al equipo de salud, familia, sociedad y al propio adulto mayor, mejorando la calidad de vida, mediante actividades físicas, llevar estilos de vida saludables como una dieta rica y balanceada, y sobre todo las actividades físicas recreativas, de esta manera se puede prevenir que nuestros adultos mayores se vuelvan dependientes tempranos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-suárez, Yisel Pinillos-Patiño y Edgar. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en barranquilla, colombia. *Revista salud publica* . Barranquilla-Colombia : rev. Salud pública. 14 (3): 438-447, 2012, 10 junio 2012.
2. Vallejo, Sandra Milena Sánchez. Valoración del nivel de independencia de los usuarios. S.I. : codigo 360, 2007 - 2008 .
3. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001. *Fernández, s. S., avilés, a. G. P., & castillo, y. M. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de especialidades médico-quirúrgicas, 14(4), 161-72. [en línea] julio de 2007.*
4. Ramón., dra. Rocío Maribel Juárez. Google academico. [en línea] 2014. [Http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/tesis_juarez.pdf](http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/tesis_juarez.pdf).
5. Abellán garcía, a. Y Puga González, m. D. *Abellán garcía, a. Y puga gonzález, m. D.* Madrid : documents d'anàlisi geogràfica, 1999.
6. [Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662007000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34662007000100010). [en línea] envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor, 2007. Alonso galbán, p., sansó soberats, f. J., díaz-canel navarro, a. M., carrasco garcía, m., & oliva, t. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33(1), 0-0..
7. Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con. [Http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11000/1/depenedencia%20funcional%20oaddulto%20mayor.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11000/1/depenedencia%20funcional%20oaddulto%20mayor.pdf). [en línea] toapanta mendoza, k. B. (2015). Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de barthel en usuarios de las residencias asistidas del instituto neurociencias año 2015 (doctoral dissertation, universidad de guaya.
8. *El adulto mayor en el mundo*. Rivadeneira, Villa y. 2012.
9. Abellán garcía, a., Esparza Catalán, c. Y Pérez Díaz, j. *Evolución y estructura de la población en situación de dependencia*. 29. Madrid : s.n., 2011. Págs. 43-67.



10. M^a, Jiménez Buñuales, González Diego, Paulino y Moreno., Martín. Scielo. [en línea] revista española de salud publica, 2001. [citado el: agosto de julio de 2002.] [Http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272002000400002&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272002000400002&script=sci_arttext).
11. [Http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es](http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es). [en línea] sandra milena sánchez vallejo, 2007 - 2008 . [citado el: 23 de octubre de 2016.] [Http://www2.uned.es/intervencion-inclusion/documentos/proyectos%20realizados/sandra%20milena%20sanchez%20vallejo.pdf](http://www2.uned.es/intervencion-inclusion/documentos/proyectos%20realizados/sandra%20milena%20sanchez%20vallejo.pdf).
12. Barg, luis. *Los vinculos familiares*. Buenos aires : espacio, 2001.
13. Fericgla, maria . *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona : herder, 2002.
14. Beatriz, toapanta mendoza karina. Nivel de dependencia funcional del adulto mayor. *Toapanta mendoza, k. B. (2015). Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de barthel en usuarios de las residencias asistidas del instituto neurociencias año 2015 (doctoral dissertation, universidad de guaya*. [en línea] universidad de guayaquil.facultad de ciencias médicas., 2015. [Http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11000/1/depenedencia%20funcional%20adulto%20mayor.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11000/1/depenedencia%20funcional%20adulto%20mayor.pdf).
15. Abellán garcía, a. Y puga gonzález, m. D. *Movilidad residencial y género entre las personas de edad. Una aproximación a las estrategias residenciales en madrid*. Madrid : documents d'anàlisi geogràfica, 1999. Págs. 143-159.
16. Wikipedia . [Www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org). [en línea] 20 de diciembre de 2015. [Https://es.wikipedia.org/wiki/envejecimiento_humano](https://es.wikipedia.org/wiki/envejecimiento_humano).
17. Ujaen. [Www.ujane.es](http://www.ujane.es). [en línea] 20 de diciembre de 2015. [Http://www.ujane.es/investiga/cvi296/gerontologia/mastergerontologiatema01.pdf](http://www.ujane.es/investiga/cvi296/gerontologia/mastergerontologiatema01.pdf).
18. Paradela torices, isabel . *Aproximación al estudio de la vejez. En. Edición especial actividad física y adulto mayor* . Madrid : kenesis, vol 34 , 2002.
19. Inec. Instituto nacional de estadística y cens0. [en línea] 20 de diciembre de 2015. [Http://www.inec.gob.ec/cpv](http://www.inec.gob.ec/cpv).



20. Consejo nacional para la igualdad intergeneracional . Igualdad.gob.ec. [en línea] 20 de diciembre de 2015. [Http://igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html](http://igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html).

21. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo. L., Morales, M., Ramírez. C., López. V., & Varela, I. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.
2. Factores asociados a la dependencia. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>
3. Valoración del nivel de dependencia disponible en: <http://www.uned.es/intervencioninclusion/documentos/proyectos%20realizados/sandra%20milena%20sanchez%20vallejo.pdf>
4. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel disponible en: cid-Ruzafa. Damián-Moreno. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n3/v14n3a07.pdf>
5. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en barranquilla, Colombia. Disponible en: Pinillos-Patiño, y., & Prieto-Suárez, e. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en barranquilla, Colombia. *Rev. Salud pública*, 14(3), 436-445.
6. Prevalencia y dependencia funcional en el adulto mayor. Disponible en: Manrique-Espinoza. Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo, k., & Téllez-rojo, m. M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública de México*, 53(1), 26-33: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s003636342011000100005&script=sci_arttext&tlng=p



Universidad de Cuenca

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN

Dra. Ana Lucía Tenezaca Guamán
Directora del S.C.S Octavio Cordero Palacios
Lcda. Miriam Sánchez.
Enfermera Del S.C.S Octavio Cordero Palacios.

De mis consideraciones.

En primer lugar reciban un cordial y afectuoso saludo, deseándoles éxitos en sus funciones diarias.

Yo, Tatiana Mejía Muñoz, con CI. N° 010584805-5, egresada de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida, me permita realizar una investigación para mi tesis que lleva por título “VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”.

Anticipo mis más sinceros agradecimientos, esperando que la presente tenga una favorable acogida.

ATENTAMENTE:

Tatiana Mejía Muñoz
Egresada de la Esc. Enfermería

Discusión y tablas



ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr usuario/a:

Yo, Tatiana Mejía Muñoz, egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estoy realizando la tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, con el tema “VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”, mismo que se realizará en función del objetivo el mismo que describirá los factores psicológicos que influyen en el perfil de Salud Enfermedad de los adultos mayores atendidos en el SCS Octavio Cordero Palacios.

En caso de que Ud. acepte participar en este estudio, tendrá que responder a las preguntas de una escala que le indagare verbalmente, esto lo realizara de 10 a 15 minutos, sin interferir en sus actividades.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para Ud. De igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio, además tiene derecho a negar su participación o a retirarse del estudio en cualquier momento.

Si Ud. Está de acuerdo en formar parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de Identidad y su número telefónico si desea conocer los resultados.

Si desea mantenerse en contacto con la investigadora del estudio puede comunicarse al teléfono (2890-613).

Agradecemos su participación y colaboración.



Universidad de Cuenca

_____	_____	_____	_____
NOMBRE	N° CEDULA	FIRMA	N° TELEFÓNICO

Representante:

_____	_____	_____
NOMBRE	N° CEDULA	FIRMA



ANEXO 3

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FÍSICA DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA
OCTAVIO CORDERO. CUENCA 2016”.**

La presente encuesta que se le realiza tiene como objetivo valorar el nivel de dependencia física de los adultos mayores que acuden al SCS de la parroquia Octavio Cordero.

Edad: _____

Sexo:

Masculino ☐

Femenino

Estado Civil:

Soltero ☐

Divorciado ☐

Casado

Viudo ☐

Unión Libre ☐

Nivel de instrucción:

Primaria ☐

Secundaria ☐

Superior ☐

Ninguno ☐

Ocupación: Agricultor ☐

Ganadero ☐

QQDD ☐

Jubilado ☐

Familiar con quien vive:

Pareja ☐

Solo ☐

Hijo/a ☐

Hermano ☐

Otros ☐

(especifique)



ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Características objetivas de una población (edad, sexo, estado civil, ingresos, ocupación y educación)	Biológica	Edad	60 - 64 años
				64 - 69 años
				70 – 74 años
			sexo	femenino
				masculino
			Nivel de instrucción	Primaria
				Secundaria
				Superior
				Ninguna
			Ocupación	Agricultor
				Ganadería
				Q.Q.D.D
				Jubilado
				Otro.



			Estado civil	soltero/a
				casado/a
				Viudo/a
				Unión libre
			con quien vive	Hijos
				Esposo/a
				Solo/a
				Familiar
				Otros
Nivel de dependencia física		independiente	resultado del instrumento aplicado	Normal
				Leve
				Moderado
				Grave



TEST		Actividades de la vida diaria	COMER	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			ASEO PERSONAL	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			USO DEL RETRETE	Dependiente Poco dependiente independiente



			BAÑARSE/DUCHARSE	Muy independiente Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			MOVILIZARSE	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
				Dependiente



			VESTIRSE / DESVESTIRSE	Poco dependiente independiente Muy independiente
			CONTROL DE HECES	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente
			CONTROL DE ORINA	Dependiente Poco dependiente independiente Muy independiente



ANEXO 5

ESCALA DE VALORACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL

ASPECTOS A EVALUAR	PUNTUACIÓN			
	0= DEPENDIENTE	5= POCO DEPENDIENTE	10= INDEPENDIENTE	15= MUY INDEPENDIENTE
COMER				
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
ASEO PERSONAL				
USO DEL RETRETE				
BAÑARSE/DUCHARSE				
MOVILIZARSE				
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS				
VESTIRSE / DESVESTIRSE				
CONTROL DE HECES				
CONTROL DE ORINA				
TOTAL				100 PUNTOS